

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

353

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude
des
Cholécystites Chroniques
non calculeuses

par Georges SEMELAIGNE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 4 Juin 1892, à Neuilly-sur-Seine

PARIS
EDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1922

204

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

357
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude
des
Cholécystites Chroniques
non calculeuses



par Georges SEMELAIGNE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 4 Juin 1892, à Neuilly-sur-Seine

PARIS
EDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

MM.

Anatomie descriptive		NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNÉO.
Histologie		PRENANT.
Anatomie pathologique		LETULLE.
Chimie		DESGREZ.
Physique		André BROCA.
Parasitologie		BRUMPT.
Bactériologie		BEZANÇON.
Physiologie		RICHET.
Pathologie expérimentale		ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales		Marcel LABBÉ.
Pathologie externe		LEGÈNE.
Pathologie interne		RENON.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT.
Opérations et appareils		Pierre DUVAL.
Hygiène		Léon BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine		MÉNÉTRIÉR.
Cliniques médicales	{ Hôtel-Dieu	GILBERT.
	{ Saint-Antoine	CHAUFFARD.
	{ Cochin	WIDAL.
Clinique thérapeutique de la Pitié	{ Beaujon	ACHARD.
	{ Hôtel-Dieu	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale	{ Saint-Antoine	HARTMANN.
	{ Cochin	LEJARS.
	{ Salpêtrière	DELBET.
Clinique obstétricale	{ Tarnier	GOSSET.
	{ Baudelocque	BAR.
	{ Pitié	COUVELAIRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BRINDEAU.
— des maladies infectieuses		JEANSELME.
— des maladies nerveuses		TEISSIER.
— des maladies mentales		P. MARIE.
— infantile médicale		CLAUDE.
— d'hygiène de la première enfance		NOBECOURT.
— infantile chirurgicale		MARFAN.
— des voies urinaires		Auguste BROCA.
— gynécologique		LEGUEU.
— ophtalmologique		FAURE.
— oto-rhino-laryngologique		DE LAPPERSONNE.
Physiologie appliquée à l'éducation physique		SEBILLEAU.
Stomatologie		LANGLOIS, agrégé.
		FREYT (chargé de cours).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI.	DESMAREST.	LAIGNEI-LAVASTINE	PHILIBERT.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	FIESSINGER.	LE LORIER.	REITTERER.
BAUDOUIN.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LERI.	ROUVIERE.
TANON.	GRÉGOIRE.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	CHIRAY.
CHAMPY.	JEANNIN.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	MULON.	VILLARET.
		OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Le Docteur RENE SEMELAIGNE

Ancien interne des Hopitaux de Paris.

A Monsieur le Professeur ROGER

*qui a bien voulu me faire l'honneur de présider
cette thèse.*

A Mon Maître le Professeur Agrégé H. MERY
en témoignage de reconnaissance

A Mon Maître le Professeur Agrégé M. CHIRAY
qui a bien voulu me conseiller dans ce travail.

A Mon Cousin le Docteur Charles ESMEIN
Médecin des Hôpitaux de Paris

IN MEMORIAM

A mes amis morts pendant la guerre.

Edouard Weiss, Etudiant en Médecine, sous Lieut.
de chasseurs à pied. Tué devant Arras en Nov. 1914,
modèle de droiture et de patriotisme, qui n'a pas eu
la joie de voir son Alsace redevenue Française.

Dr. Henry Salin, mort à Salonique.
ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Maxime Thomas et Pierre Frelezeau, Int. des Hop.
de Paris.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Première année de médecine et stage 1910-1911

M. le Professeur Agrégé Ed. Schwartz.

M. le Docteur Chevrier, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur Debove (in memoriam).

Externat

1912-1913

M. le Professeur Agrégé Ricard.

M. le Docteur Labey, Chirurgien des Hôpitaux.

1913-1914

M. le Professeur Agrégé Méry.

Internat provisoire 1914

M. le Professeur Kirmisson.

Internat

1919-1920

M. le Docteur Dufour, Médecin des Hôpitaux.

1920-1921

M. le Professeur Agrégé Méry.

M. le Docteur P. E. Weil, Médecin des Hôpitaux.

1921-1922

M. le Professeur Agrégé Castaigne.

M. le Professeur Agrégé Chiray.

M. le Docteur Babonneix, Médecin des Hôpitaux de
Paris.

A MM. Dr Ameuille, Armand Delille, Med. des Hop.
de Paris, Deniker, Chirurgien des Hôp. de Paris, De-
vraigne, Accouch, des Hôp. de Paris. Aux Docteurs
Genevrier, Girard, Heuyer, Maurer, P.-J. Menard
(in memoriam.)

Introduction

L'attention des médecins et chirurgiens, dans l'étude des cholécystites chroniques, s'est surtout portée jusqu'ici sur les cholécystites chroniques calculeuses, qui sont maintenant parfaitement connues et classées, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique et qui sont toujours prises comme type lorsqu'on parle de cholecystite

Les cholécystites chroniques non calculeuses, admises par tous, ont au contraire été un peu négligées et considérées comme les parents pauvres des cholécystites lithiasiques, nous nous proposons dans cette étude d'en étudier les symptômes, de rechercher si leurs signes cliniques, anatomiques, et les examens de laboratoires peuvent nous fournir des éléments propres à établir leur individualité et à en éclairer le diagnostic.

Définition. — Sous le nom de cholécystite chronique non calculeuse il faut entendre une affection caractérisée anatomiquement par une inflammation des parois de la vésicule biliaire, cliniquement par une évolution lente, chronique, par poussées successives et enfin présentant le signe caractéristique que jamais ni à l'opération, ni à l'autopsie on ne trouve dans la cavité vésiculaire ou dans les voies biliaires ni calculs ni sable biliaire. Chez tous les malades dont les observations seront relatées par la suite, on n'a pu trouver aucun signe de lithiase biliaire. Cette définition élimine donc de notre cadre les vésicules lithiasiques temporairement déshabitées.

Historique

Dans les premiers temps de la chirurgie biliaire, les opérateurs, frappés de la coexistence fréquente des lésions chroniques de la vésicule et de la présence de calculs eurent tendance à voir un rapport constant de cause à effet entre ces deux phénomènes et à croire que toutes les cholecystites chroniques étaient de nature lithiasique.

Mais bientôt, chez des malades opérés pour coliques hépatiques à répétition avec le diagnostic de lithiasie biliaire, les chirurgiens eurent la surprise de ne trouver dans la vésicule épaissie et malade, après l'avoir ouverte, ni calculs ni sable biliaire.

C'est ce qui arriva à Langenberg, Riedel, Lendler, dont les observations datent de 1875 et 1876, mais ces auteurs n'ayant pas exploré les voies biliaires, ils pensèrent que les calculs avaient émigré et qu'ils se trouvaient en présence d'une complication de la lithiasie biliaire.

Le premier cas dûment constaté de cholecystite non calculeuse paraît être celui publié par Keen en 1883. Cet auteur opérant un malade atteint de coliques hépatiques à répétition avec tumeur vésiculaire trouva une vésicule remplie d'une grande quantité de liquide louche et qui ne contenait ni calculs ni sable. Il n'explora pas les voies biliaires, se contenta d'une simple fistulation, le malade mourut quelques jours après. L'autopsie faite avec soin montra qu'il

n'y avait aucun calcul dans les voies biliaires et que la lithiase ne pouvait être mise en cause.

Les observations vont alors se multiplier.

En France, Terrillon rapporte entre 1888 et 1891 quatre belles observations de cholecystite chronique non calculeuse. En Allemagne, Langenburg, Lucke, Riedel, Kocher, Kehr. En Angleterre et aux Etats-Unis Taylor, Bond, Stuart, Nairne, Porter, Ricketts rapportent des cas semblables.

Longuet dans sa remarquable thèse en 1896 sur les angiocholecystites non calculeuses, réunit en un faisceau les observations éparses publiées jusqu'alors et fournit sur la question qui nous intéresse le premier travail d'ensemble mais en se préoccupant presque uniquement du traitement chirurgical.

Il faut ensuite mentionner les mémoires de Riedel et Kehr en 1903, de Riedel en 1908, sur la cholecystite sine concremento, de Sheldon en 1905, sur les coliques biliaires non calculeuses, de Ligabue en 1908 sur les cholecystites non calculeuses qui n'ajoutèrent rien à l'étude de Longuet ; destinés surtout à éclairer la pathogénie de la colique hépatique.

Dans ces dernières années, entre 1916 et 1921, l'étude des cholécystites chroniques non calculeuses a été reprise par des médecins et chirurgiens américains, Einhorn, Meyer, Smithies, Fowler, Barker, Lapenta, tant sous l'aspect clinique que sous l'aspect thérapeutique et en essayant d'appliquer à leur diagnostic divers examens de laboratoires, en particulier le tubage duodénal.

Pathogénie

La cholécystite chronique non calculeuse relève toujours, comme les autres formes de cholécystite, d'une origine microbienne et la présence de microbes dans sa cavité et dans ses parois est le premier facteur nécessaire pour qu'elle se produise, facteur nécessaire mais non suffisant d'ailleurs.

Bactériologie de la bile vésiculaire normale et pathologique. — Les études bactériologiques faites sur la bile ont abouti à des résultats discordants, les conditions expérimentales n'ayant pas été les mêmes dans toutes les recherches. Il est bien entendu qu'on ne doit ajouter foi qu'aux expériences faites dans des conditions scientifiques rigoureuses : bile prélevée aseptiquement par ponction vésiculaire pendant l'acte opératoire etensemencée à la fois sur milieux aerobies et anaérobies.

La bile, nocive pour certains microbes, comme le pneumocoque, est au contraire un excellent bouillon de culture pour d'autres, tels les bacilles de la série intestinale. Pour Gilbert et Lippmann (1902) la bile physiologique est infectée constamment par des germes anaérobies. Dans cinq cas de cholécystite, ils trouvèrent dans la bile les mêmes germes (ensemencement sur un milieu anaérobie positif dans tous les cas, positif seulement trois fois sur milieu aérobie).

D'une autre statistique portant sur douze cas, ils

concluent que le liquide vésiculaire est toujours fertile, quelle que soit la nature de cholécystite, suppurée ou non. Les microbes observés le plus fréquemment sont des anaérobies, puis des microbes de la série colibacillaire, les anaérobies purs étaient très rares.

Lejars dit que l'examen bactériologique est presque toujours positif, même si le liquide est clair et d'apparence normale.

Sur cinquante cas examinés dans la clinique de Czerny, Petersen a trouvé 46 résultats positifs, 36 fois le colibacille seul, 6 fois le colibacille et le staphylocoque doré, quatre fois le colibacille et le streptocoque.

Einhorn sur 18 cas de cholécystite non calculeuse a rarement obtenu des résultats positifs par ensemencement du liquide, même sur milieu anaérobie. Il a par contre toujours obtenu des résultats positifs dans ces mêmes cas en ensemençant non plus la bile, mais le tissu pariétal vésiculaire lui-même. Le bacille le plus souvent rencontré était le colibacille.

On peut conclure de cet exposé que la bile vésiculaire est en règle générale toujours infectée au cours des cholécystites. Il reste à savoir par quelles voies les microbes parviennent dans le vésicule.

I. *Théorie de l'exaltation de la virulence des microbes saprophytes physiologiques.* Frappés par la similitude de la flore microbienne physiologique et pathologique, Gilbert et Lippmann ont avancé que l'in-

fection de cavitaire et physiologique deviendrait par-rétale et pathologique sous l'influence de causes mal déterminées : exaltation de virulence ou infection sur-ajoutée.

II. *Théorie intestinale ou biliaire ascendante.* La cholecystite serait due à l'invasion de la vésicule par les microbes intestinaux qui y parviendraient par la voie cystico-cholédocienne. Elle s'appuie sur la similitude des germes rencontrés et surtout sur la fréquence du colibacille.

Cette théorie qui eut une grande vogue, a perdu beaucoup de terrain.

III. *Théorie biliaire descendante ou hépatique.* La cholecystite est due à l'invasion de la vésicule par les microbes excrétés par le foie et la bile au cours des septicémies. C'est maintenant après les travaux de Lemierre et Abrami qui ont repris en 1907 la théorie de Futterer et confirmé les travaux de Blanchstein, Welch, Cushing, Dorr, Forster, Kayser, un fait hors de discussion pour les cholecystites typhiques.

Cette dernière théorie est certainement celle qui rend le mieux compte des faits et l'on peut dire que l'excrétion des bactéries par la bile est la cause commune des cholecystites non calculeuses, mais si elle en est la cause efficiente, on ne saurait passer sous silence une cause prédisposante de première importance, la stase biliaire due aux difficultés de l'évacuation vésiculaire.

Anatomie Pathologique

Si les documents concernant l'anatomie pathologique des vésicules lithiasiques sont assez nombreux et précis, et à ce sujet on ne peut pas ne pas citer le travail du Professeur Lecène en 1912, on ne peut en dire autant en ce qui concerne les cholecystites non calculeuses. Si on connaît bien leur aspect macroscopique, on ne trouve dans la littérature presque aucun renseignement sur leur anatomie microscopique. Un cas typique est pourtant examiné avec soin dans la thèse de Longuet.

a) ANATOMIE MACROSCOPIQUE. On peut, comme l'a fait Longuet distinguer trois formes.

I. *Pericholécystite adhésive*, où l'on trouve une vésicule petite, enfouie sous des adhérences, ici les lésions vésiculaires passent au second plan, c'est avant tout une péritonite localisée sous hépatique dont il est parfois impossible d'affirmer l'origine vésiculaire.

II. *Cholécystites non calculeuses avec gros épanchement suppuré ou non*. Caractérisées par une distension vésiculaire considérable. Les adhérences péri-vésiculaires sont absentes ou peu nombreuses. La vésicule est lisse, tendue, luisante, bleuâtre ou blanchâ-

tre. Son épaisseur est peu augmentée, souvent même diminuée.

Après ouverture s'échappe une quantité de liquide toujours importante, pouvant atteindre plusieurs centaines de grammes. Ce liquide peut être de la bile à peine transformée, peut être plus clair, muqueux, filant c'est l'hydrocholécyste, ou peut être enfin un liquide trouble, épais, brunâtre, pouvant aller jusqu'au pus franc, c'est l'empyème vésiculaire.

III. *Cholécystites non calculeuses, fibreuses, sans gros épanchement.* La vésicule est de taille variable, un peu plus grosse ou un peu plus petite que normalement, n'atteignant jamais le développement des précédentes. On trouve souvent des adhérences péricholécystiques, rattachant la vésicule au foie, à l'estomac, au duodénum, au colon, à la paroi, souvent très développées.

La vésicule est lisse, luisante, bleuâtre, de consistance ferme, ne s'aplatissant pas. Sa caractéristique est l'épaississement considérable de sa paroi atteignant un ou plusieurs centimètres.

Elle renferme une quantité de liquide normale ou même inférieure à la normale, liquide louche, brunâtre, purée de pois ; de consistance épaisse.

La surface endocholécystique est parfois à peu près normale, parfois tomenteuse, irrégulière, piquetée de petits foyers hémorragiques.

b) ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

Nous avons pu examiner les coupes de six cholécystites chroniques non lithiasiques, fibreuses à parois épaisses, les unes personnelles, les autres dues à l'obligeance du D^r Leroux.

Rappelons d'abord en quelques mots les caractères histologiques de la vésicule normale.

Epaisseur 1 mm à 1mm 5.

Muqueuse très plissée formée d'un épithélium comprenant une seule assise de cellules cylindriques et d'un chorion lâche, formé de tissu conjonctif vasculaire sans tissu lymphoïde.

Muscleuse peu épaisse, plexiforme, mal séparée du chorion.

Sous séreuse formée de tissu vasculaire et lâche, c'est la couche interhepato-vésiculaire.

Une couche séreuse.

La muqueuse ne présente jamais de glandes véritables, mais souvent des invaginations profondes tapissées de l'épithélium vésiculaire non différencié, pouvant s'étendre jusque dans la couche musculaire et correspondant à ce qui a été décrit sous le nom de canaux de Lushka.

Lésions de la muqueuse. Son caractère principal est d'être très épaisse, elle est moins plissée que normalement, ne présente pas ces solutions de continuités plus ou moins grandes et profondes, véritables ulcérations entamant le chorion que l'on peut voir dans

la lithiase, produites par le contact du corps étranger calculeux.

I. *Épithélium*. Le plus souvent les lésions sont très importantes. Il est habituellement détruit, rasé en surface, le chorion constituant seul la surface endocholécystique, et on ne le trouve plus que sur les parois des tubes pseudo-glandulaires dont nous parlerons tout à l'heure.

Parfois on en trouve quelques îlots isolés.

Enfin nous devons signaler que Longuet l'a trouvé à peu près intact.

II. *Chorion*. C'est sur lui que portent les principales modifications, nous l'avons toujours trouvé très épaissi, transformé en une bande épaisse de tissu collagène avec quelques rares cellules conjonctives aplaties, constituant à lui seul la plus grande partie de la paroi vésiculaire.

En plusieurs points de nos coupes nous avons trouvé s'enfonçant profondément dans le chorion et allant jusque dans la musculuse, des *tubes pseudo-glandulaires*, présentant presque l'aspect adénomateux et organisés en groupes acineux. Ils étaient tapissés par un épithélium cylindrique à une seule assise de cellules, rappelant le type épithélial de la muqueuse vésiculaire normale, mais paraissant différencié momentanément en vue de sécrétions.

Le chorion renferme en général de nombreux capillaires, les uns épaissis, les autres dilatés et très con-

gestionnés et enfin des *nodules inflammatoires* caractérisés par des amas de cellules lymphoïdes habituellement centrés par des capillaires.

Couche musculuse. Nous l'avons toujours trouvée atrophiée, étranglée et dissociée par des bandes de tissu collagène parties du chorion. Longuet dit l'avoir vue fortement hypertrophiée.

Sous-séreuse. Toujours épaissie, transformée en tissu collagène dense, se continuant avec celui du chorion. Nous y avons trouvé quelques nodules inflammatoires.

Ce qui domine en résumé ces caractères histologiques, c'est l'épaississement et la sclérose du tissu conjonctif du chorion et de la sous séreuse, c'est ce qui avait amené Longuet à leur donner le nom de cholecystites interstitielles.

Comme caractères accessoires, il faut noter la rarefaction ou la disparition de l'épithélium cylindrique, le nombre et l'importance des diverticules pseudoglandulaires de la muqueuse tapissés d'une couche épithéliale cylindrique, la présence de nodules inflammatoires, et l'atrophie de la couche musculuse.

Comparaison de l'anatomie pathologique des cholecystites chroniques calculeuses et non calculeuses.

Les différences sont minimales, tous les caractères cités plus haut peuvent se voir dans les cholecystites chroniques lithiasiques. On ne peut, comme l'avait cru

Longuet, tabler sur la conservation de l'épithélium, l'importance de la sclérose choriale, l'hypertrophie de la couche musculaire, l'absence de nodules inflammatoires, caractères qui pour lui étaient spéciaux aux cholécystites non calculeuses, mais qui peuvent se rencontrer dans les deux cas.

Tout ce que nous pouvons dire c'est que nous n'avons pas rencontré sur nos coupes ces ulcérations localisées, entamant le chorion, produites par le contact des calculs qu'on a décrit au cours de la lithiasé biliaire et que d'autre part nous n'avons jamais rencontré dans les diverticules de la muqueuse ces petits amas rouge noirâtres, en boules irrégulières, paraissant être des calculs en formation que l'on a trouvé parfois dans des coupes de vésicules lithiasiques.

Étiologie - Généralités

Fréquence. — Elle est difficile à apprécier exactement, mais le nombre des cas connus et publiés permet d'affirmer qu'elle est relativement fréquente.

La fréquence par rapport aux autres cholecystites est appréciée diversement par différents auteurs.

Henkel en 1900 dans sa statistique de Göttingen, ne trouve que sept cholecystites chroniques non calculeuses, contre 93 cholecystites calculeuses, soit 7 %.

Riedel évalue la proportion à 8 % environ.

Smithies dans une statistique récente portant sur mille cas de cholécystite chronique, trouve une proportion beaucoup plus élevée 47% de cholecystites non calculeuses et 53% de cholecystites calculeuses.

Ce dernier chiffre nous paraît un peu fort, mais certainement plus proche que les autres de la vérité.

Age. — C'est une affection qui débute au milieu de la vie, entre 25 et 50, plus rarement dans l'adolescence, où on la voit pourtant à un âge où la lithiasie est inconnue.

Sexe. — C'est sans contredit le sexe féminin qui est le plus souvent touché, ce qui semble dû à l'influence considérable de la puerpéralité.

La proportion qui dans la cholécystite lithiasique est de trois ou quatre femmes pour un homme est ici

d'après nos observations environ de deux femmes pour un homme, la disproportion étant moins grande que pour la lithiase.

Barker a même prétendu que la cholécystite chronique était même plus fréquente chez l'homme.

Causes prédisposantes. — Toutes celles qui favorisent la stase biliaire : la vie sédentaire, l'insuffisance d'exercice, les excès de nourriture, l'obésité, la constipation chronique, la puerpéralité.

L'hérédité ne paraît pas jouer un rôle important, contrairement à ce qui est admis pour la lithiase biliaire.

Causes déterminantes. — Si la stase biliaire favorise le développement des cholécystites non calculeuses, il faut une infection pour déclencher son apparition. Nous rappellerons ici qu'elle peut atteindre la vésicule par la voie biliaire ascendante et être d'origine intestinale. Mais que le plus souvent elle est d'origine hépatique ou biliaire descendante due à l'excrétion des bacilles par le foie au cours des septicémies.

Toutes les infections peuvent être en cause, en premier lieu il faut citer la typhoïde, puis la fièvre puerpérale, la grippe, l'appendicite, les infections amygdaliennes, les infections à coli-bacilles, les entérites chroniques ulcéreuses.

Etude Clinique

Elle comprendra quatre chapitres.

I. Troubles fonctionnels et généraux, crises douloureuses abdominales ou troubles dyspeptiques qui donnent au malade le premier avertissement et l'amènent à consulter.

II. Signes d'infection biliaire, d'angiocholite et d'hépatite accompagnant ces troubles fonctionnels et généraux.

III. Signes physiques. Exploration de la région vésiculaire.

IV. Renseignements fournis par le tubage duodénal et les examens de laboratoire.

I. - Troubles fonctionnels et généraux

On peut en distinguer plusieurs types. Ce sont :

A. Les crises douloureuses paroxystiques dans la partie supérieure droite de l'abdomen, ayant deux foyers principaux.

1° L'hypocondre droit. Coliques hépatiques typiques.

2° La région épigastrique. Crises gastralgiques.

B. Des douleurs permanentes, non paroxystiques dans l'hypocondre droit et la région épigastrique.

C. Des troubles dyspeptiques.

D. Des troubles de l'état général qui décline brusquement ou peu à peu sans cause bien déterminée.

A. — CRISES DOULOUREUSES PAROXYSTIQUES

I. — COLIQUES HÉPATIQUES TYPES A RÉPÉTITION

Les cas de cette catégorie ont été les premiers connus, parce que les plus faciles à diagnostiquer. On en trouvera plusieurs exemples dans les observations relatées ci-après, mais ce ne sont pas les plus nombreux.

Il nous faut ouvrir ici une parenthèse et rappeler les discussions concernant la pathogénie de la colique hépatique.

On a cru pendant assez longtemps que la colique

hépatique était toujours liée à l'existence d'une lithiasie biliaire et due à la migration d'un calcul dans les voies biliaires ou à son enclavement. Colique hépatique était alors synonyme de lithiasie biliaire. C'était en particulier l'opinion de Murphy.

Puis d'autres auteurs ont émis une opinion absolument opposée et ont déclaré que la colique hépatique dans tous les cas qu'il y ait ou non lithiasie biliaire, reconnaît pour cause première l'inflammation soit endocholécystique, soit pericholécystique. C'est l'opinion défendue par Ritter, Riedel, Kummel, Fraenkel, et en France par Tripier et Paviot « les affections des viscères abdominaux, disent ces derniers auteurs, ne donnent lieu à des crises douloureuses que lorsque le péritoine qui les entoure est intéressé par un processus inflammatoire aigu ou subaigu ».

Presque tous les auteurs aujourd'hui reconnaissent à la colique hépatique des origines multiples. Elle représente la réaction banale de la vésicule aux traumatismes et aux inflammations de quelque mode qu'ils soient.

En effet la lithiasie biliaire seule, sans inflammation, peut produire des coliques hépatiques typiques, les observations du Pr. Chauffard et celles consignées dans la thèse de Guéniot en font foi.

La cholécystite seule sans lithiasie, et c'est le cas qui nous occupe, s'en accompagne souvent. On peut même voir des coliques hépatiques sans lithiasie ni cholécystite par flexion ou compression des voies biliaires, comme dans les cas rapportés par Sheldon.

Quoiqu'il en soit, la maladie se caractérise par des crises douloureuses présentant le type classique des coliques hépatiques.

L'intensité des douleurs est extrême.

Elles siègent dans l'hypocondre droit, s'irradient dans le flanc droit, vers l'épaule droite, dans le dos, à droite de la colonne vertébrale.

Elles durent quelques heures ou quelques jours, présentant plusieurs accès séparés par des périodes de calme relatif.

Elles s'accompagnent des phénomènes réflexes viscéraux habituels, vomissements, palpitations.

Entre les crises il persiste parfois une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit.

L'état général est peu touché quand les crises sont espacées et courtes, si elles sont rapprochées, un amaigrissement progressif survient et le malade peut arriver à la cachexie.

II. — CRISES GASTRALGIQUES

Ce sont des douleurs intenses, paroxystiques non influencées par les repas, siégeant au creux épigastrique, sur la ligne médiane ou un peu à droite de celle-ci. Souvent elles n'ont pas d'irradiation, quelquefois s'irradient vers l'hypocondre droit. Très rarement vers l'hypocondre gauche. Elles s'accompagnent souvent de vomissements répétés. Différentes des coliques hépatiques par leur siège et leurs irradiations, elles s'en rapprochent par leur intensité, leur répéti-

tion, leur disparition rapide, la conservation d'un bon état général dans l'intervalle des crises. Elles sont qualifiées par le malade de crampes d'estomac, peuvent en imposer pour une crise gastrique du tabes et constituent comme le dit Harvier « un véritable équivalent gastrique de la colique hépatique ». Elles sont déjà d'un diagnostic plus difficile et sont presque aussi fréquentes que les coliques hépatiques classiques.

B. DOULEURS PERMANENTES DANS L'HYPOCONDRE DROIT ET LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE

Ces cas sont plus rares que les précédents. Il s'agit de malades se plaignant continuellement pendant des mois de douleurs assez vives mal localisées dans le quadrant antero-supérieur droit de l'abdomen. Les paroxysmes sont rares et peu marqués. Ces cas paraissent répondre aux formes s'accompagnant d'une périhépatite assez intense. L'état général est vite touché et décline rapidement.

C. TROUBLES DYSPEPTIQUES DIVERS

Ils sont connus depuis longtemps. Il y a vingt ans, Lejars écrivait déjà « qu'il existe dans les cholecystites chroniques des formes où les douleurs manquent et où les troubles gastriques sont prédominants ».

Ils ont été très étudiés dans ces dernières années, surtout dans les cholécystites lithiasiques, par des

auteurs américains, Einhorn, Barker, Cheyne, en France par Enriquez, Harvier.

Barker dit qu'on les rencontre aussi souvent dans les cholécystites non calculeuses que dans les cholécystites calculeuses.

Ils s'expliquent facilement. Les relations entre la vésicule biliaire et l'estomac sont bien connues « anatomiquement contigus, physiologiquement solidaires, ils s'influencent réciproquement » (Harvier). La vésicule enflammée, soit par suite d'adhérences, soit par irritation de ses rameaux nerveux et l'intermédiaire du plexus solaire (Loeper) trouble l'estomac dans son fonctionnement, son évacuation et sa sécrétion.

Ce sont souvent des signes de dyspepsie banale, pesanteur après les repas, eructations, flatulences, indigestions fréquentes. Tous les ordres de dyspepsie chronique paraissent pouvoir être mis en cause.

Des signes de spasme pylorique ou même de sténose pylorique : douleurs tardives, signes de stase, pouvant s'accompagner de troubles graves de l'état général et faire croire suivant le cas à un ulcère ou à un cancer du pylore.

Des signes de spasme du cardia : regurgitations.

Des crises douloureuses intestinales avec spasme colique, pouvant faire croire à une colite muco-membraneuse.

Ici les erreurs de diagnostic sont fréquentes. Le diagnostic est impossible si l'on ne songe pas à examiner systématiquement la région vésiculaire.

D. TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

Les auteurs américains ont cité des cas où un amaigrissement progressif, de la lassitude, un manque d'appétit constituent toute la maladie sans qu'il y ait jamais eu de crises douloureuses, ni de douleurs permanentes, ni de troubles dyspeptiques, ou l'examen physique fit soupçonner une cholecystite et qui furent guéris par une cholecystectomie, si bien que Barker a pu dire « Chez une personne d'âge moyen, dont l'état général est troublé sans cause discernable, on doit soupçonner l'existence d'une affection fruste de la vésicule biliaire et explorer systématiquement le quadrant antéro-supérieur droit de l'abdomen ».

II. - Signes d'affection biliaire, d'angiocholite et d'hépatite accompagnant les troubles fonctionnels et généraux

Ces signes sont l'ictère, la fièvre, la présence d'uro-biline ou de pigments biliaires dans les urines, la décoloration des selles. Ils ont été signalés par de nombreux auteurs, qui n'y ont pas attaché beaucoup d'importance, les jugeant très inconstants.

Ictère.

L'ictère est signalé par Longuet dans la moitié des cas étudiés par lui. il était habituellement léger. Pour Ligabue, il manque généralement, est absent dans plus de la moitié des cas, mais, dit-il, il peut être si léger qu'il échappe à un examen superficiel.

Barker dit que dans la plupart des cas, il n'a pas rencontré d'ictère, dans 19 ou 20 % des cas il signale un ictère léger.

L'ictère précède de peu, accompagne ou suit immédiatement les crises. On peut le voir, mais plus rarement entre les crises.

Fièvre.

Mêmes remarques que pour l'ictère, la plupart des auteurs indiquent la possibilité d'une légère élévation de température au moment des crises, la précédant, ou la suivant.

L'Urobilinurie est notée dans plusieurs de nos observations, la présence de pigments biliaires dans les urines est plus rare.

La Décoloration des selles est relatée dans plusieurs cas. Deux fois même on la trouvait sans qu'il y ait ictère ni fièvre.

Dans un cas nous avons pu noter un prurit intense.

On peut de ces remarques tirer quelques conclusions.

Il existe souvent au cours des cholécystites chroniques non calculeuses des petites poussées d'angiocholite, caractérisées quand les symptômes sont au complet par une légère poussée fébrile, ne dépassant pas 38 ou 38°5, un ictère léger, subictère limité aux conjonctives ou généralisé ; de l'urobilinurie ou plus rarement de la pigmenturie ; de la décoloration des selles.

Ces signes peuvent être dissociés, il peut n'y avoir qu'une légère poussée fébrile, ou qu'un peu de subictère, la décoloration des selles peut même être le seul symptôme.

Ces poussées d'angiocholite accompagnent habituellement les crises, elles reconnaissent une origine inflammatoire commune et elles coïncident souvent avec une tuméfaction douloureuse du foie, signe d'une hépatite légère.

Plus rarement au cours des cholécystites chroniques on peut voir survenir une forte fièvre, avec ou sans

ictère et gros foie douloureux traduisant une hépatite et une angiocholite aiguë.

Ces signes d'angiocholite demandent à être recherchés soigneusement car le plus souvent ils sont légers et non évidents.

Dans tous les cas typiques, ils viennent corroborer le diagnostic qui peut facilement être fait sans eux.

Dans les cas difficiles et en particulier dans les crises douloureuses épigastriques et les dyspepsies, il est d'un grand intérêt de les constater, car ils peuvent mettre sur la piste de la maladie.

III. ~ Signes Physiques.

Exploration de la Région Vesiculaire.

Les troubles que nous venons d'étudier, à part les coliques hépatiques typiques, crises épigastriques, troubles digestifs divers ne peuvent que faire suspecter l'origine de la maladie.

Lorsqu'on sera en présence de l'un ou de l'autre de ces symptômes, il faudra explorer systématiquement la région vésiculaire et souvent on y trouvera l'explication cherchée.

La palpation fournira deux signes de grande valeur.

1° La douleur localisée au point vésiculaire classique.

2° La perception d'une tumeur dans la région vésiculaire.

I. Douleur localisée au point vésiculaire.

Elle siège au point classique, sous le rebord des fausses côtes droites, sur le bord externe du grand droit.

Dans les cas typiques, elle est vive, bien localisée.

Elle s'accompagne presque toujours de défense musculaire. Elle augmente pendant l'inspiration (signe de Murphy). Parfois l'intensité de la douleur est assez forte pour que la contracture qui en résulte empêche de bien la localiser. Elle doit être distinguée de la douleur diffuse dans tout l'hypocondre droit qu'on

rencontre chez tous les porteurs de gros foies congestionnés.

Elle peut être ignorée du malade lui-même et être révélée par la palpation.

II. *Tumeur vésiculaire.*

Ce signe n'a été que rarement constaté avec netteté dans les cholécystites chroniques non calculeuses et la plupart des auteurs ne le mentionnent pas. La défense réveillée par la palpation et l'empâtement fréquent de la région empêchent de le percevoir. Lorsqu'on a la chance de palper dans la région vésiculaire une masse allongée verticalement, bien limitée, débordant le foie, le diagnostic devient presque évident, mais c'est là un fait très rare. Enfin on peut parfois palper le bord inférieur du foie douloureux et abaissé.

Si on analyse la valeur de ces symptômes, on peut conclure que seule la tumeur vésiculaire ou la présence d'une douleur fixe et bien localisée au point vésiculaire possède une valeur presque pathognomonique.

Mais souvent la douleur est diffuse, mal localisée, la contracture empêche de la définir et ne permet pas de conclure nettement à une lésion vésiculaire plutôt qu'à une lésion pylorique, duodénale ou pancréatique.

Il y a là toute une catégorie de malades pour lesquels on doit se contenter de l'étiquette proposée par Meyer « Malade suspect d'une affection du quadrant antéro-supérieur droit de l'abdomen ».

Renseignements fournis par les examens de Laboratoire et en particulier par le tubage Duodenal

Nous étudierons successivement les renseignements fournis par :

- I. Le tubage Duodéal.
- II. Examens divers. Selles. Sang. Liquide gastrique.
- III. La Radioscopie et la Radiographie.

I. -- RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE TUBAGE DUODENAL

Cette méthode, employée par Einhorn, permet de recueillir au moyen d'une sonde le liquide duodéal chargé de bile et permet donc de pratiquer ainsi sur le vivant une véritable biopsie biliaire. Nous avons eu pour notre part l'occasion d'en pratiquer assez souvent dans le service de notre maître, le Docteur Chiray.

Rappelons que pour être valable cet examen doit être pratiqué à jeun, le malade n'ayant pris aucun aliment ni liquide ni solide depuis plus de douze heures, le duodénum est alors vide d'aliments.

LIQUIDE DUODÉNAL NORMAL

I. Aspect macroscopique. — Le liquide duodénal pur, formé essentiellement de bile et de liquide pancréatique, est de couleur jaune d'or, presque transparent, peu épais, légèrement filant, on y voit parfois quelques flocons muqueux.

Sa réaction au tournesol est neutre ou alcaline, ne devient acide que quand il est mélangé de liquide gastrique.

On ne doit y voir aucune particule solide si le malade est bien à jeun.

II. Aspect microscopique

- a) on y trouve de nombreux microbes.
- b) des éléments cellulaires très rares normalement.
- c) des cristaux.

a) *des microbes.* — On peut y trouver tous les microbes intestinaux avec toujours prédominance des coli-bacilles. L'ensemencement sur milieux d'Endo ou sur gelose lactosée tournesolée donne toujours de nombreuses colonies de microbes multiples.

b) *des éléments cellulaires.* — Dans les liquides normaux on en trouve très peu, même après centrifugation prolongée. Ce sont toujours des cellules épithéliales de desquamation.

c) *des cristaux.* — Très peu nombreux, ce sont d'une part des cristaux de cholestérine, d'autre part des cristaux de bilirubinate de chaux et d'oxalate de chaux.

LIQUIDE DUODÉNAL DANS LES CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CALCULEUSES ET NON CALCULEUSES

Einhorn en a fait une étude assez complète portant sur dix-huit cas de cholecystite non calculeuse.

Nous avons pour notre part examiné quatre liquides duodénaux provenant de trois malades atteints de cholecystite lithiasique et d'un malade atteint de cholecystite chronique, mais n'ayant pas été opérés.

Il est logique d'admettre que l'infection biliaire doit se traduire par des modifications profondes de l'aspect macroscopique et microscopique du liquide duodénal, constitué par la bile pour une grande partie. Ce raisonnement est confirmé par l'expérience.

ASPECT MACROSCOPIQUE DU LIQUIDE DUODÉNAL DANS LES

CHOLECYSTITES CHRONIQUES

Il subit deux modifications importantes.

- I. Il devient trouble.
- II. Il change de couleur.
- III. Il s'épaissit.

I. *Il se trouble.* — Sur les 18 observations d'Einhorn, on trouve 17 fois cette mention ; liquide trouble, une seule fois il était clair.

Dans nos quatre observations, le liquide était trouble dans deux cas de cholécystite calculeuse, et dans un cas de cholécystite chronique, il était clair

dans l'autre cas où le diagnostic n'était d'ailleurs pas certain.

II. *Il change de couleur.* — Ce signe va de pair avec le trouble du liquide et était présent dans les mêmes proportions et dans les mêmes cas.

Sa couleur est variable. Dans les observations d'Einhorn, il est qualifié de verdâtre, de brunâtre, de purée de pois, de bière de Kulmbach.

Nous l'avons toujours trouvé verdâtre.

III. *Il s'épaissit* et devient plus visqueux.

De plus nous avons vu deux fois, dans des cas de cholécystite calculeuse, des grumeaux noirâtres sur la nature desquels nous reviendrons.

ASPECT MICROSCOPIQUE DU LIQUIDE DUODÉNAL DANS LES CHOLÉCYSTITES CHRONIQUES

Après centrifugation du liquide et étalement sur lames, on rencontre,

I. *Des microbes*, bacilles, cocci, nous ne pouvons dire s'ils sont différents de ceux rencontrés normalement.

II. *Des cellules épithéliales.* — On les trouve en plus grand nombre que dans les liquides normaux.

III. *Des globules blancs*, indices de suppuration,

polynucléaires isolés ou en paquet, dégénérés ou pycnotiques. C'est un caractère qui ne se rencontre jamais dans un liquide normal et qui est un signe de suppuration régionale.

IV. *Des cristaux de bilirubinate de chaux, d'oxalate de chaux, de cholestérine.* — Ces derniers nous paraissent intéressants, pouvant fournir quelquefois un signe distinctif entre les cholécystites calculeuses ou non calculeuses, qu'il est si difficile par ailleurs de séparer.

Dans les cholécystites non calculeuses, on trouve des cristaux de cholestérine, mais ils sont peu nombreux, tous à peu près de même taille et sont petits, jamais agglomérés, semblables à ceux rencontrés dans les liquides normaux.

Dans les cholécystites calculeuses, au contraire, les cristaux de cholestérine sont beaucoup plus nombreux et surtout de taille différente, les uns sont petits comme les précédents, les autres plus volumineux, de taille double ou triple, formant de petites agglomérations cristallines ; on peut en conclure qu'ils constituent du sable biliaire, des calculs en réduction.

Einhorn dit d'après les renseignements fournis par le tubage duodénal (liquide trouble brunâtre et présence de ces grains de cholestérine) avoir pu établir le diagnostic de cholecystite calculeuse, faire opérer et guérir trois malades présentant des signes de spasme du cardia, de cancer de l'estomac, et d'ulcère duo-

dénal, chez lesquels aucun signe clinique ne pouvait faire penser à la lithiase.

Dans les liquides de cholécystite lithisiasique examiné par nous, l'un contenait d'assez nombreux cristaux de cholestérine, de taille à peu près égale.

Dans le second (Madame L..., salle Petit, n° 13) nous eûmes la surprise de remarquer dans le liquide trouble quelques petits grains brunâtres que nous prîmes d'abord pour de minuscules caillots de sang, mais ils n'en donnèrent pas les réactions, et après les avoir écrasés sur une lame, nous pûmes nous rendre compte qu'ils étaient composés par une agglomération de petits cristaux de cholestérine et que nous avions affaire à un calcul en miniature.

Méthode de Lyon-Meltzer. — La présence d'une bile trouble recueillie par tubage duodénal permet d'affirmer une infection des voies biliaires, mais ne permet pas d'en affirmer l'origine vésiculaire.

On s'est alors posé la question de savoir si par le tubage duodénal on pourrait isoler la bile vésiculaire. Vincent Lyon a cru pouvoir l'affirmer en utilisant la méthode de Meltzer. Ce dernier auteur prétend par l'instillation dans le duodénum de quelques centimètres cubes d'une solution de SO 4 Mg à 25 % produire au bout de quelques minutes un relâchement complet du sphincter cholédocien et une contraction vésiculaire se traduisant par un flux biliaire que l'aspiration permet de recueillir.

Le principe de la méthode Lyon repose sur ce fait

que la sonde duodénale en place permet de recueillir successivement des échantillons de bile de provenance différente.

Deux à cinq minutes après l'instillation de SO 4 Mg, on fait une première prise de liquide duodénal qui donne une bile jaune qui viendrait du cholédoque. C'est l'échantillon A.

Un quart d'heure après l'instillation une seconde prise donnerait un échantillon plus foncé qui serait de la bile vésiculaire. Echantillon B.

Une demi-heure après, on note de l'intermittence dans l'écoulement et on pourrait affirmer que la bile vinet du foie. Echantillon C.

Des recherches postérieures ont été contradictoires, attaquée par Bassler, Luckett qui la nient formellement, soutenue par Smithiès, Kasshner, on ne peut encore tabler sur elle et il ne paraît aucunement prouvé que la bile B vienne bien de la vésicule biliaire.

Conclusions.

1) Le tubage duodénal doit être pratiqué systématiquement chez tous les malades soupçonnés de cholécystite chronique.

2) La présence d'un liquide trouble et de coloration anormale et la présence de globules blancs pourra permettre de faire le diagnostic d'infection des voies biliaires.

3) Le nombre et la grosseur des cristaux de cholestérine permet quelquefois d'affirmer la nature lithiasique de l'infection.

AUTRES EXAMENS DE LABORATOIRE

Les seuls utiles sont :

I. — L'examen du sang.

II. — L'examen des selles et des urines.

III. — Examen du Chimisme gastrique.

I. — EXAMEN DU SANG

Leucocytose. — Au moment des crises douloureuses, on note souvent une polynucléose assez marquée, de 10 à 20 mille globules blancs avec 80 à 90 % de polynucléaires qui accompagne les petites poussées infectieuses d'angiocholite.

Dans les formes à accès rapprochés et à douleurs continuelles, la leucocytose devient permanente.

Cholestérinémie. — Einhorn dit avoir obtenu des résultats variables et peu probants.

Nous n'avons pour notre part aucun document personnel à présenter à ce sujet. Il serait intéressant de reprendre cette question, l'hypercholestérinémie paraissant bien être un des signes les plus fidèles de la lithiase biliaire.

II. — EXAMEN DES SELLES ET DES URINES

Absence de calculs biliaires. Elle est constante.

Décoloration des selles. Signe d'angiocholite et d'hépatite, relaté dans plusieurs de nos observations.

Absence de sang. Elle paraît constante quand la cholecystite non calculieuse est en jeu. La présence du sang a été constatée, mais rarement dans la lithiasc. On peut trouver là, en tout cas, un élément de diagnostic entre les cholecystites et les lésions gastriques et duodénales.

Urines. L'urobilinurie accompagne assez souvent les crises douloureuses.

Plus rarement on peut trouver des pigments biliaires.

III. — EXAMEN DU CHIMISME GASTRIQUE

L'examen du chimisme gastrique après repas d'épreuve, donne fréquemment des résultats anormaux, mais variables. Il peut y avoir hyperacidité. Rehfuß en a trouvé dans plus de la moitié des cas.

La plupart des auteurs pensent qu'il y a le plus souvent hypoacidité qui semble être la règle dans les vieilles cholécystites (Loeper).

IV. — EXAMEN RADIOLOGIQUE

Il doit comporter plusieurs épreuves.

I. *Recherche de l'ombre vésiculaire.* On ne peut l'apercevoir que par des méthodes spéciales dont la meilleure paraît être l'insufflation péritonéale qui isole le foie des organes voisins et permet parfois de voir en position oblique l'ombre vésiculaire débordant le foie en avant et en bas.

III. *Examen de l'estomac et du duodénum*, qui peut se voir soit après insufflation péritonéale, soit par l'examen simple de l'estomac.

III. *Examen de l'estomac et du duodénum*, qui peut dans les cas douteux contribuer à écarter l'hypothèse d'une lésion de ces organes et concentrer l'attention sur la vésicale.

IV. *La présence d'un point douloureux fixe dans la région vésiculaire.*

L'examen radiologique qui dans l'examen des vésicules lithiasiques est très intéressant par ce fait qu'il peut parfois montrer objectivement la présence de calculs l'est moins pour les cholécystites non calculeuses. Il ne montre le plus souvent que l'existence d'adhérences sous hépatiques et peut faire le départ entre une lésion vésiculaire pylorique ou duodénale.

Evolution

La cholécystite chronique non calculeuse est une affection à évolution lente.

La guérison spontanée est très rare et même nulle pour la plupart des auteurs.

Formes légères. — Caractérisées par des crises douloureuses courtes et espacées n'affectant pas gravement l'état général et entre lesquelles le malade ne ressent aucun trouble.

Formes graves. — Peuvent succéder aux formes légères ou se montrer d'emblée. Les crises sont rapprochées, durent plus longtemps, pouvant arriver à constituer un véritable état de mal.

L'état général est gravement atteint, le malade maigrit rapidement et se cachetise.

Complications. — Elles peuvent être de deux ordres :

a) des complications infectieuses, angiocholites suppurées, infections générales d'origine biliaire ;

b) des perforations vésiculaires, assez rares, certainement beaucoup moins fréquentes que dans la lithiase.

La transformation cancéreuse est possible.

Riedel l'a rencontrée 43 fois sur 600 cholécystites chroniques dont lithiasiques que non lithiasiques.

Petersen 34 fois sur 168 cas.

DIAGNOSTIC

Caractères différentiels entre les Cholecystites Chroniques, Calculeuses et non Calculeuses

I. — *Diagnostic de la cholécystite chronique*

Il est essentiellement basé sur les symptômes suivants :

Douleurs dans le quadrant antéro-supérieur droit de l'abdomen.

Signes d'angiocholite et d'hépatite habituellement très légers.

Douleur à la palpation au point vésiculaire.

Signes d'infection biliaire décélés par le tubage duodénal.

Ce sont ces symptômes qui permettront de faire le départ entre les affections vésiculaires et les affections des organes de la même région, en particulier le pyllore et le duodénum.

II. — *Diagnostic différentiel des cholécystites lithiasiques et non lithiasiques*

Il faut bien avouer que les différences sont minimales, qu'il est le plus souvent impossible de les distinguer cliniquement et que l'acte opératoire seul permet dans la plupart des cas de faire le diagnostic. Quelquefois, on peut affirmer la présence d'une lithiasie. La présence de calculs biliaires dans les selles ou sur une

plaque radiographique, la présence de concrétions calculeuses dans le liquide duodénal sont pathognomoniques, mais ce sont des signes inconstants et leur absence ne signifie rien.

« La plupart du temps, dit Riedel, il m'est impossible de séparer les deux affections. »

Et les conclusions d'Einhorn sont les suivantes :

« Si le diagnostic de cholécystite doit toujours être fait même lorsqu'il n'y a pas de calculs, ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'absence de calculs peut être indiquée avec précision ».

Nous allons essayer, dans le tableau ci-dessous, d'indiquer les légères différences existant entre les deux affections.

	<i>Cholecystites chroniques calculieuses</i>	<i>Cholecystites chroniques non calculieuses</i>
Etiologie Causes prédisposantes.	Fréquence 60 à 70 % des cas. Age de 30 à 60 ans. 4 femmes pour un homme. Hérédité fréquente. Obésité.	Fréquence 30 à 40 % des cas. 2 femmes pour un homme. L'hérédité ne joue aucun rôle. Age de 25 à 50 ans.
Anat. Pathol. Microscop.	Vésicule en général petite atrophiée. Ratatinée sur des calculs. Possibilité d'ulcérations profondes localisées endocholécystiques.	Vésicules à parois épaisses, de tailles égales ou supérieures à la normale. Pas d'ulcérations endocholécystiques.
Anat. Pathol. Microscop.	Présence possible dans les diverticiles de la paroi de concrétions de cholestérine.	Pas de concrétions de cholestérine dans les parois.
Symptômes cliniques	Coliques hépatiques typiques. Type le plus fréquent.	Douleurs permanentes dans l'hypocarde droit et signes gastriques plus fréquents que les coliques hépatiques typiques.

Liquide duodénal	Présence de cristaux de cholestérine très nombreux, de taille inégale, quelques-uns constituant par leurs amas de petits calculs ne miniature.	Cristaux de cholestérine petits et rares.
Examen du sang	Hypercholestérinémie.	Pas d'hypercholestérinémie.
Examen des selles	Présence possible de calculs biliaires dans les selles.	Jamais de calculs biliaires dans les selles.
Radiologie	Peut révéler la présence de calculs vésiculaires.	Ne révèle jamais la présence de calculs vésiculaires.
Evolution	Perforations relativement fréquentes (vésicules amincies), avec péritonite généralisée.	Perforations rares.

Traitement Indications Respectives du Traitement Médical et du Traitement Chirurgical

Deux opinions sont en présence :

Pour les uns, tout diagnostic précis de cholécystite chronique doit nécessiter l'opération aussitôt que possible, elle a été soutenue il y a longtemps par Kehr et Riedel et par beaucoup d'autres depuis.

Pour les autres, il faut, dans les formes légères, essayer d'abord le traitement médical et réserver le traitement chirurgical aux cas non améliorés par le traitement médical et aux formes graves.

Traitement médical

Il convient aux formes légères à crises espacées sans atteinte sérieuse de l'état général dans l'intervalle des crises, ne s'accompagnant que de légers signes d'angiocholite.

Traitement chirurgical

Il est indiqué toutes les fois que le traitement médical n'apporte aucune amélioration, quand les crises se rapprochent et augmentent d'intensité, quand l'état général s'aggrave, que le malade maigrit rapidement ou progressivement.

La décision devra être prise rapidement, il faut se

rappeler qu'il ne faut pas perdre un temps précieux et que la mortalité opératoire, très faible dans les cas simples, est élevée dans les cas graves, variant de deux à cinquante pour cent.

Deux opérations sont en présence : l'ablation de la vésicule ou le drainage de la vésicule : cholécystectomie ou cholécystostomie.

Pour les cholécystites chroniques lithiasiques, tout le monde est d'accord pour enlever la vésicule toutes les fois que cela est possible.

L'accord existe moins en ce qui concerne les cholécystites chroniques non calculeuses.

Beaucoup de chirurgiens américains, écrit Einhorn, n'enlèvent la vésicule que lorsqu'il y trouvent des calculs, dans le cas contraire, ils se contentent d'un simple drainage de la vésicule.

Mais la cholécystectomie systématique gagne chaque jour des partisans. C'est l'opinion d'Einhorn, des frères Mayo, de la plupart des chirurgiens français. Elle permet seule de supprimer définitivement le foyer infectieux.

Observations

OBSERVATION I

Cholecystite chronique non calculeuse. Crises douloureuses à répétition siégeant dans le flanc droit, s'irradiant vers l'épaule droite, s'accompagnant de poussées légères d'angiocholite (subictère, urobilinurie, décoloration des matières). Pas de troubles digestifs. Peu d'atteinte de l'état général. Douleurs dans l'intervalle des crises (Perihépatite).

Cholécystectomie. Guérison.

Marius D..., 38 ans, entré le 23 décembre 1920, à la Charité, salle Laënnec, pour crise douloureuse dans le flanc droit et subictère.

Antécédents. — Chauffeur de taxi, obésité précoce, marié, père de deux enfants bien portants. Pas d'antécédents lithiasiques dans sa famille. Aucun passé pathologique. Pas de spécificité.

Histoire de la maladie. — Au début de l'année 1917, le malade, alors mobilisé dans l'artillerie, est pris de douleurs dans le flanc droit, mal localisées, siégeant à peu près sur la ligne axillaire antérieure, sans irradiations, ne s'accompagnant ni d'ictère, ni de décoloration des matières, ni de troubles digestifs, les douleurs furent qualifiées de douleurs intercostales et durèrent huit jours environ.

A la fin de 1917, le malade est réformé pour accident, fracture compliquée de l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit due à un retour de manivelle. Consolidation vicieuse. Main en valgus très prononcé.

En août 1918, deuxième crise douloureuse durant une semaine, exactement semblable à la première, ne s'accompagnant d'aucun trouble digestif.

En janvier 1919, crise douloureuse plus intense, obligeant le malade à s'aliter deux jours. Tout l'hypocondre droit et tout le flanc droit sont douloureux. La douleur est intense, continue, sans paroxysmes séparés, s'irradiant vers l'épaule droite et dans

le dos jusqu'à la colonne vertébrale. Le malade vomit plusieurs fois.

Quinze jours avant la crise était apparu un subictère, les urines étaient devenues brunâtres et les selles presque blanches. Ces phénomènes ont persisté une dizaine de jours après la crise. Anorexie et amaigrissement.

L'état général redevient très bon, jusqu'en décembre 1919, époque à laquelle le malade a une quatrième crise semblable à la précédente durant vingt jours, l'obligeant à s'aliter trois jours, et à cesser son travail pendant une semaine.

Un léger ictère apparaît à la fin de la crise douloureuse, et cette fois la douleur ne disparaît pas complètement, il persiste une sensation de tension, de pesanteur continuelle dans l'hypocondre droit.

En février 1920, cinquième crise, durant trois semaines, encore plus intense que la précédente, s'accompagnant d'une légère poussée fébrile et de décoloration des selles.

Les douleurs persistent, atténuées, sans paroxysmes nets, occupant tout l'hypocondre droit pendant toute l'année, les conjonctives sont jaunes, les urines souvent foncées, les selles ont repris leur coloration normale. L'appétit est bon. Pas d'amaigrissement notable.

En décembre 1921, sixième crise, douleur très intense, gênant la respiration, légère poussée fébrile, amenant le malade à entrer à l'hôpital.

Le malade n'a jamais remarqué la présence dans ses selles de calculs ni de sable biliaire.

Examen. — Malade obèse. Ictère léger, généralisé. Pannicule adipeux abdominal très épais, gênant l'examen.

La palpation révèle une sensibilité de tout l'hypocondre droit avec un maximum marqué au point vésiculaire, sous le rebord des fausses côtes et provoque une défense musculaire très nette. Elle permet également de percevoir des frottements de périhépatite, que l'auscultation permet encore de mieux définir.

L'examen fonctionnel et physique de l'estomac ne montre aucun trouble particulier.

Les urines sont brunes de teinte acajou. Pas d'albumine, pas de sucre, pas de pigments biliaires, présence d'urobiline.

Selles blanchâtres, consistance de mastic. Pas de calculs. La température montait le soir à 38°, 38°2.

Le diagnostic posé était : cholécystite chronique peut-être non calculieuse caractérisée par des crises douloureuses à répétition dues à des poussées d'angiocholécystite avec réaction péritoniale.

Opération. — 12 janvier 1921.

Incision de Spiegel. Grosse vésicule d'aspect bleuâtre, adhérente à la face inférieure du foie. La paroi vésiculaire est très épaisse. On ne sent pas de calculs dans la vésicule. Cholécystectomie. Exploration de l'hépto-cholédoque, pas de calcul. Pas d'épaississement de la paroi du canal hépto-cholédoque. Le pancréas n'est pas infiltré.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Aspect microscopique de la vésicule. Grosse vésicule, peu adhérente, nettement plus grosse que normalement. Paroi très épaisse, surtout la muqueuse qui paraît gonflée, contient une bile verdâtre, très épaisse, comme chargée de mucus. Pas d'ulcérations endocholécystiques.

Examen microscopique

1° Epaississement scléreux considérable de la paroi mesurant en moyenne plus d'un centimètre.

2° Absence totale d'épithélium en surface, en quelques endroits seulement, rares éléments épithéliaux à peine reconnaissables.

3° Sclérose très considérable du chorion qui est transformé en un tissu composé de fibres collagènes et de quelques cellules conjonctives aplaties.

4° Musculeuse. Des travées de tissu scléreux parties du chorion dissocient la musculeuse, la fragmentent en îlots ; musculeuse en voie d'atrophie par places.

5° Présence dans le chorion de bouquets pseudo-glandulaires organisés en groupes acineux, tapissés par une assise de cellules épithéliales cylindriques semblables aux cellules de l'épithélium vésiculaire normal, représentant probablement les invaginations normales de la muqueuse vésiculaire.

6° Présence de nodules inflammatoires constitués par des cellules lymphoïdes paraissant systématisés autour de vaisseaux.

7° Capillaires très congestionnés. Endartérite.

8° Sclérose et épaissement de la sous-séreuse. (Zone inter-hépatovésiculaire).

Suites opératoires. — Le malade quitte l'hôpital au bout d'un mois, la fistule étant tarie.

Revu quinze mois après l'opération, il se porte très bien, n'a plus eu aucune crise douloureuse.

OBSERVATION II

Mme A. J..., 28 ans. (Inédite due à l'obligeance du Docteur Muller).

Crises douloureuses dans l'hypocondre droit. Angiocholite à poussées successives. Cholécystostomie. Guérison.

Antécédents. — Grippe à 17 ans. Trois mois après, congestion pulmonaire et hémoptysie. Excès alimentaires fréquents. Menace d'obésité dès le début du mariage.

Deux enfants, pas de fausse couche.

En février 1921, intoxication alimentaire suivie de néphrite transitoire avec albumine et cylindres granuleux.

Le 30 mai, nouvelle intoxication avec de la charcuterie. Crise douloureuse intense dans l'hypocondre droit étiquetée colique hépatique d'origine probablement lithiasique.

La crise dure quarante-huit heures environ.

Le quatrième jour apparaît un léger subictère. Les matières se décolorent. L'examen des urines montre alors la présence d'urobiline et d'urobilinogène, elles sont de couleur acajou.

Neuf jours après, treize jours après le début de la crise, apparaît une légère poussée fébrile à 38°, 38°2, qui dure cinq jours, puis disparaît.

Le vingtième jour, les selles se recolorent.

L'ictère au contraire persiste et fonce même un peu. Apparition d'un prurit intense.

Le trente-cinquième jour, légère poussée de température, semblable à la première, température à 38° pendant quatre jours.

L'ictère et le prurit persistent toujours.

Nouvelle crise douloureuse un mois après.

La malade maigrit.

L'administration de 0 gr. 80 de calomel est suivie d'une nouvelle crise (la quatrième en deux mois et demi). L'hypocondre

droit est douloureux à la palpation dans son ensemble, sans qu'il y ait de maximum précis au point vésiculaire.

Opération. — (Soixante-trois jours après la première crise).

Ether. Incision en équerre. Le foie est petit, mais de coloration normale. Ganglions hilaires et dans le bord inférieur du ligament gastro-hépatique. Hiatus de Winslow obturé par des adhérences anciennes. La vésicule est bilobée, étranglée en deux endroits et accolée suivant son grand axe à la première et à la deuxième portion du duodénum par une adhérence épaisse, de formation vraisemblablement antérieure à la crise actuelle. Libération. Découverte pénible d'un cholédoque ayant à peine le diamètre d'une plume d'oie. Cathétérisme en amont et en aval avec une sonde uréthrale. Ni calcul ni obstacle. Décollement de la deuxième portion du duodénum, la sonde passe facilement jusque dans l'intestin. Le pancréas est infiltré et présente des nodosités assez nombreuses. Drainage de l'hépatique avec une sonde Nelaton n° 15. Suture du duodénum à la paroi postérieure. En l'absence de toute lithiase, l'opérateur ne se croit pas autorisé à enlever la vésicule. Méchage. Drainage. Paroi en deux plans aux crins.

Suites normales, le prurit disparaît le premier jour pour ne plus revenir. Aspiration continue avec un tube laissé pour parer aux inconvénients du petit calibre du drain hépatique. Le dix-huitième jour, les selles se recolorent, l'ictère a presque disparu. Le drain hépatique tombe de lui-même. La place est ferme trente jours après l'opération.

OBSERVATION III

Coliques hépatiques à répétition. Pas de signes d'angiocholite. Point douloureux vésiculaire très net. Grosse vésicule épaisse. Cholécystostomie. Guérison.

Ligabue. Clinica Chirurgica. 1909.

Mme B. E..., 28 ans.

Entre à l'hôpital parce qu'elle souffre de l'hypocondre droit. *Antécédents.* — Rien de particulier à noter avant la maladie actuelle.

Réglée normalement. Mariée à 21 ans. A eu trois enfants bien portants. Pas de fausses couches.

La maladie a débuté il y a six ans, peu après la première grossesse.

Elle se révéla par une crise douloureuse. La douleur siègeait dans le quadrant abdominal supérieur droit et plus précisément sous le rebord des fausses côtes sur la ligne parasternale. Elle s'y maintient avec un caractère de fixité tout particulier. Elle ne s'irradie ni en un autre point de l'abdomen, ni au bras correspondant. La douleur survient par accès. Au début, ceux-ci ne survenaient que tous les 3 ou 4 mois, surtout après les repas, mais depuis quelques mois leur fréquence augmente, et ils sont devenus presque quotidiens. La douleur est toujours extrêmement intense et siège invariablement au même point.

La malade accuse, depuis quelque temps, une anorexie marquée, vomit souvent peu après les repas. Elle ne se souvient pas d'avoir eu ni fièvre ni ictère. Ses urines et ses selles lui ont toujours paru normales.

Examen. — Bonne constitution. Bonne paroi abdominale, pas d'obésité. Peau rosée.

L'inspection de l'abdomen ne donne aucun renseignement.

La palpation au point vésiculaire provoque une vive douleur et de la défense musculaire.

La malade n'a pas eu de calculs dans ses selles ni de pigments dans les urines durant son séjour à l'hôpital.

Les crises douloureuses sont quotidiennes.

Opération. — Chloroforme et morphine. Incision verticale sur la ligne parasternale droite.

La paroi étant ouverte on trouve une vésicule allongée, un peu augmentée de volume, dépassant de quatre centimètres le bord inférieur du foie, pleine de liquide, très adhérente au foie par sa face antérieure. La palpation n'y décèle la présence d'aucun calcul ni aucune induration. La paroi vésiculaire est très épaisse. Après l'ouverture de la vésicule s'écoule spontanément un liquide verdâtre et épais que l'on ensemence immédiatement. Il n'y a aucune solution de continuité de la face interne de la vésicule, la muqueuse paraît normale. Aucun calcul ne fut senti en explorant l'hiatus de Winslow. L'exploration par cathétérisme du cystique et du cholédoque ne révéla aucun obstacle.

Cholécystostomie simple. Fixation de la vésicule à la paroi et drainage.

Aucune complication postopératoire ; plus de douleurs après l'opération.

Après un mois suppression du drainage, on laisse la fistule se tarir spontanément, aucune émission de calcul.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie cinquante jours après l'opération.

Cinq ans après la malade écrivait à l'auteur de l'opération :
« Je n'ai plus eu aucun trouble depuis que j'ai quitté l'hôpital. »

OBSERVATION IV

Terrillon 1891. (Thèse de Longuet).

Cholecystite chronique non calculuse. Laparotomie. Evacuation du liquide vésiculaire. Cholécystostomie.

Bulletin général de Théraputique 1892.

F... 29 ans.

En avril 1889, violente crise de colique hépatique, se reproduisant régulièrement chaque mois jusqu'en février 1891, sans ictère ni décoloration des selles.

En 1891, ictère qui n'a jamais cessé depuis. Décoloration des selles.

Maigrissement.

En août 1891, tuméfaction dans la région hépatique.

Examen. — Tuméfaction au niveau de l'hypocondre droit. Douleur vive à la palpation au même niveau.

Laparotomie. Vésicule d'un blanc mat, volumineuse, entourée d'adhérences.

Grande épaisseur des parois vésiculaires.

Liquide citrin à l'intérieur.

Pas de calcul.

OBSERVATION V

Thiriar 1887 (*relatée dans la thèse de Longuet*).

Femme de trente ans, ayant eu la fièvre typhoïde.

Souffre depuis six ans de violentes douleurs dans l'hypocondre droit, suivies de vomissements bilieux et de diarrhée abondante. La première crise remonte au 10 janvier 1881, fut suivie le lendemain d'un ictère qui disparut au bout de quel-

ques jours. A partir de cette époque, les douleurs revenaient tous les quinze jours environ, durant deux ou trois jours, suivies d'ictère pendant quatre ou cinq jours. Jamais de calculs dans les selles. Dans la nuit du 25 janvier, dernière crise très douloureuse, suivie d'un ictère plus intense.

Opération (Résumée) 23 juillet 1887.

Examen. — Foie douloureux, dépassant la ligne médiane. Région vésiculaire très douloureuse à la pression. Selles régulières. Urine jaune brunâtre.

Opération (Résumée) 23 juillet 1887.

Laparotomie. Adhérences périvésiculaires. Vésicule assez petite, très épaisse. Pas de calculs. Cholecystectomie.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION VI

(In thèse Longuet, malade opérée par Quénu).

Malade souffrant depuis une douzaine d'années dans l'abdomen, douleurs vagues, persistantes, n'affectant jamais le caractère de crises, diffuses, avec prédominance du côté droit.

Vomissements alimentaires abondants, sans rapport avec les repas, état nauséux perpétuel.

Jamais d'ictère, jamais de décoloration des selles. Jamais de calculs dans les matières.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, douleurs très vives avec irradiations dans tout le côté droit et fièvre.

Vomissements fréquents. Puis apparition d'une petite tumeur sous les fausses côtes droites.

Examen. — Femme maigre, pâle, non ictérique.

Petite tumeur arrondie dans la région vésiculaire, indépendante des téguments.

Malgré l'absence de colique hépatique et d'ictère, on fait le diagnostic de cholécystite chronique.

Opération. Adhérences périvésiculaires.

Vésicule manifestement altérée. Double induration en plaque sur les deux faces à limites diffuses, le reste des parois est également très épaissi, on ne sent pas de calculs.

Cholecystectomie.

Examen bactériologique. — Ensemencement sur gelose et sur bouillon négatif.

Examen microscopique. — Dimension normale. Parois extrêmement épaissies, sauf au niveau du fond qui, seul, a conservé une certaine souplesse. Epaisseur moyenne, un centimètre. La surface interne semble normale sauf au niveau des plaques latérales où la couleur plus foncée semble indiquer une desquamation épithéliale avec caillot sanguin adhérent.

Le canal cystique est perméable dans toute son étendue.

Examen microscopique. — Conservation de l'épithélium.

Hypertrophie considérable du tissu conjonctif chorial.

Hypertrophie de la couche musculuse.

Pas de nodules inflammatoires.

Endartérite intense.

OBSERVATION VII

Einhorn et Meyer (N. Y. M. J. 1920).

Crises douloureuses à répétition dans le quadrant antéro-supérieur droit de l'abdomen. Signes d'angiocholite avec ictère. Liquide duodénal anormal.

Cholécystite chronique non calculeuse. Cholecystectomie.

Albert de V., 25 ans. — Aucun antécédent pathologique en janvier 1919.

Histoire de la maladie. — Début de l'affection il y a un an par une crise douloureuse très violente dans la partie droite de la région épigastrique, qui dura quelques heures.

Plus de crise jusqu'en juin 1919, mais depuis ce temps crises semblables à la première tous les dix jours environ.

La douleur n'a pas de relation avec les repas, elle s'irradie dans le flanc gauche et est calmée par des injections de morphine. Il n'y a ni vomissements ni éructations, selles normales.

Le patient maigrit de deux ou trois livres à chaque attaque, mais il les regagne vite dans les intervalles des crises où l'état général est bon.

Après chaque attaque apparaît pendant quelques jours un léger subictère.

Examen. — Le foie est légèrement augmenté de volume.

La palpation de la région vésiculaire réveille une douleur très vive.

Liquide duodéal. — Verdâtre et trouble.

Le diagnostic de cholécystite chronique fut posé.

Opération. — (Meyer).

Vieilles adhérences périappendiculaires. Appendicectomie. La vésicule biliaire est lisse, luisante, bleuâtre. Son contenu est trouble.

On pratique la cholécystectomie qui fut rendue très difficile par la présence d'adhérences intimes et étendues entre la vésicule et la face inférieure du foie.

La culture de la bile aspirée dans la V. B. montre la présence de colibacilles.

Un an après l'opération, le malade était en parfait état et n'avait plus eu de crises douloureuses.

OBSERVATION VIII

(Einhorn et Meyer).

Cholécystite chronique non calculieuse.

Crises douloureuses épigastriques. Angiocholite légère. (Ictère et décoloration des selles). Tumeurs allongée verticalement dans la région vésiculaire, douloureuse à la palpation. Liquide duodéal anormal. Cholecystectomie.

Mme Rose S..., 38 ans.

Histoire de la maladie. — La malade, depuis dix-huit mois, se plaint de crampes d'estomac.

Il y a cinq semaines crise douloureuse très intense dans la partie droite de la région épigastrique s'irradiant vers l'épaule droite et s'accompagnant de subictère et de selles légèrement décolorées. Il y a trois semaines, nouvelle crise semblable à la précédente et depuis ce temps crises presque quotidiennes.

Pas de vomissements. Appendice enlevé deux ans auparavant.

Examen. — Masse accessible à la palpation dans la région vésiculaire, ovale, à grand axe vertical, mesurant 2 $\frac{1}{2}$ m de long sur 1 de large, élastique et dépressible et qui semble être la vésicule biliaire.

Température normale.

Liquide duodéal. — Jaune verdâtre trouble.

Contient de petits cristaux de cholestérine, des cristaux de bilirubinate de chaux, de nombreuses bactéries.

Ferments pancréatiques. Amylopsine +
Steapsine +
Trypsine +

Examen du sang. G. B. 4.000.000

Examen du sang. G. B. 8.000 } Pol. 80 %
L. 20 %

Examen radioscopique négatif.

Liquide gastrique. H. C. L. 0

Liquide gastrique. Sang +

OBSERVATION IX

(Einhorn et Meyer).

Cholécystite chronique non calculieuse.

Crises douloureuses épigastriques avec vomissements. Ictère. Pas de fièvre. Liquide duodénal anormal. Cholecystectomie. Ulcus duodénal probable. Pas de guérison.

Mme Eva B..., 43 ans.

Histoire de la maladie. — Souffre depuis cinq ans dans la région épigastrique. Les douleurs sont accompagnées de vomissements, surviennent de temps en temps après les repas ou sont sans rapport avec eux. Il y a deux ans, ictère passager ayant duré quelques jours. Une crise plus forte l'amène à l'hôpital.

Pas d'élévation de température.

Liquide duodénal. — Brun jaunâtre, trouble, contenant des globules blancs et quelques cristaux de cholestérine.

Ferments pancréatiques. A = 6

Ferments pancréatiques. S = 3

Ferments pancréatiques. T = 5

Contenu gastrique. H. C. L. = 20

Contenu gastrique. Acidité = 40

Contenu gastrique. Sang = +

Opération. — On trouva d'une part une vésicule biliaire luisante, bleuâtre, épaissie, renfermant une bile verdâtre et très trouble, qu'on put enlever, et d'autre part un pylore irrégulier infiltré, adhérent (mais pas au foie) et on fit le diagnostic d'ulcus duodénal.

Après l'opération, le malade continue à vomir et n'est pas guéri.

OBSERVATION X

(Einhorn et Meyer).

Cholecystite subaiguë non calculeuse.

Douleurs continuelles sans paroxysme net dans le quadrant antéro-supérieur droit de l'abdomen. Troubles intestinaux. Empatement dans la région vésiculaire. Liquide duodénal anormal. Cholecystectomie.

M. A..., 29 ans.

Histoire de la maladie. — Il y a cinq semaines, le malade est pris d'étourdissements et de lipothymies, il y a trois semaines apparaît une douleur dans la partie supérieure de l'abdomen, continuelle, sans irradiations, non influencée par les repas. Le malade est très constipé, ne vomit pas.

Examen physique. — Douleur à la palpation dans le quadrant antéro-supérieur droit de l'abdomen. Empatement dans la même région.

Légère élévation de température.

Liquide duodénal. — Jaunâtre, très trouble, contenant de nombreuses bactéries, des polynucléaires dégénérés, des cristaux de cholestérine et de bilirubinate de chaux.

Ferments pancréatiques. A = 6

Ferments pancréatiques. S = 1

Ferments pancréatiques. T = 1

Examen du sang. G. B. 24.000

P. 86 %

L 14 %

Bile stérile.

Contenu gastrique. H. C. L. = 50

Contenu gastrique. Acidité = 75

On fait le diagnostic de cholecystite catarrhale.

Opération. — Vésicule bleuâtre, luisante, entourée d'adhérences. Cholecystectomie.

OBSERVATION XI

(Einhorn et Meyer).

Cholecystite subaiguë non calculeuse.

Symptômes uniquement gastriques. Douleurs tardives calmées

par l'ingestion d'aliments, pas de vomissements. Amaigrissement rapide. Liquide duodénal anormal. Cholecystectomie.

Malade syphilitique.

Histoire de la maladie. — Il y a six semaines, le malade commence à souffrir dans la région épigastrique. Les douleurs sont tardives survenant quatre heures environ après le repas de midi. Le malade ne vomit pas. Les douleurs sont calmées par l'ingestion d'aliments. Flatulences après les repas. Le malade perd quinze livres en deux mois. Pas de troubles intestinaux. Selles régulières. Légère élévation de température.

Signes physiques. — Le foie déborde de deux travers de doigts le bord inférieur des fausses côtes. L'hypocondre droit est douloureux à la palpation.

Liquide duodéal. — Couleur purée de pois, trouble. Contient des bactéries, des cristaux de cholestérine, du mucus.

Ferments pancréatiques. A = + S = 2 T = 6

Contenu gastrique H. C. L. = 14 Acidité = 26 Sang —

Examen de sang. G. B. 6.000

P. 58 %

L. 42 %

Diagnostic radioscopique. Ulcère de l'estomac. Image lacunaire de la petite courbure.

Opération. — Vésicule contenant une bile sombre, fortement colorée en vert, couleur bière de Kulmbach. Cholecystectomie. Pas d'ulcère de l'estomac.

OBSERVATION XII

(Einhorn et Meyer).

Cholecystite chronique non calculieuse.

Douleurs sans localisation précise dans la partie supérieure de l'abdomen. Amaigrissement rapide. Douleur à la palpation dans l'hypocondre droit avec maximum au point vésiculaire. Liquide duodéal anormal. Cholecystectomie.

Homme, 40 ans.

Histoire de la maladie. — Le malade souffre depuis quatre ans dans la partie supéro-droite de l'abdomen, la douleur apparaît progressivement et disparaît de même. Elle s'irradie vers les deux épaules.

Il n'y a pas d'ictère. Le malade maigrit rapidement de trente livres en quatre mois.

Signes physiques. — Contracture et sensibilité extrême de tout le côté droit. Le foie est gros et sensible avec maximum au point vésiculaire.

Liquide duodéal. — Jaune verdâtre, trouble, contient des cristaux de cholestérine, des bactéries, des globules blancs.

Contenu gastrique. H. C. L. = 66 Acidité = 82 Sang —

Opération. — Vésicule bleuâtre et luisante, épaissie. Bile vésiculaire trouble. Bile stérile. Cholécystectomie. Appendicectomie.

La température tombe deux jours après l'opération.

OBSERVATION X

(Einhorn et Meyer).

Cholécystite chronique non calculieuse.

Douleurs épigastriques persistantes augmentées par l'ingestion d'aliments et amaigrissement très rapide. Sensibilité de la région vésiculaire. Liquide duodéal anormal.

Homme 40 ans.

La maladie remonte à plusieurs années. Douleurs fréquentes au creux épigastriques augmentées par l'ingestion des aliments et forçant le malade à observer une diète assez rigoureuse. Le malade maigrit rapidement et on émet l'hypothèse d'un cancer de l'estomac.

Signes physiques. — L'examen permet de trouver une douleur localisée dans la région vésiculaire.

Liquide duodéal. — Brunâtre, trouble.

Polynucléaires dégénérés et cristaux de cholestérine.

Les signes physiques et l'examen du liquide duodéal permettent de poser le diagnostic de cholécystite chronique.

Opération. — Incision de Perthes. Estomac dilaté et ptose. Pas de signes d'ulcus ni de cancer pylorique.

Vésicule biliaire plus grosse que normalement, luisante, à parois épaissies, de toute évidence chroniquement enflammée.

Cholécystectomie. Bile vésiculaire stérile.

OBSERVATION XIV

(Einhorn et Meyer).

Mme M..., opérée le 15 avril 1918.

Cholécystite chronique non calculeuse.

Liquide duodénal brunâtre, trouble, contenant des polynucléaires et de nombreuses cellules épithéliales.

Ferments pancréatiques. A. = 10 S. = 3 T. — 1

Vésicule épaissie contenant une bile trouble. Pas de calculs.

OBSERVATION XV

(Einhorn et Meyer).

M. K..., opéré le 2 novembre 1919.

Cholécystite chronique non calculeuse.

Liquide duodénal jaune verdâtre et trouble, contenant des polynucléaires dégénérés et quelques petits cristaux de cholestérine.

Ferments pancréatiques. A. = 7 S. = 2 T. — 2

Opération. — Vésicule épaissie, chroniquement enflammée, contenant une bile verdâtre et trouble.

OBSERVATION XVI

(Einhorn et Meyer).

Mme C..., opérée le 25 novembre 1919.

Cholécystite chronique non calculeuse.

Liquide duodénal verdâtre et trouble.

Ferments pancréatiques. A. = 10 S. = 1 T. — 3

Opération. — Vésicule chroniquement enflammée d'où l'on retire une bile verte et trouble.

OBSERVATION XVII

(Einhorn et Meyer).

Cholécystite chronique non calculeuse.

Miss P..., opérée le 6 février 1920.

Liquide duodénal brun jaunâtre et trouble.

Contenant de tous petits cristaux de cholestérine et de bilé-rubinate de calcium, de nombreuses bactéries et des cellules épithéliales en assez grand nombre.

Ferments pancréatique. A. = 10 S. = 1 T. — 2

Opération. — Vésicule chroniquement enflammée avec adhérences périvésiculaires. Adhérences autour de l'appendice.

Cholecystectomie et appendicectomie.

OBSERVATION XVIII

(Einhorn et Meyer).

M. A..., opéré en 1920, pour cholécystite non calculeuse.

Liquide duodénal jaune clair, mais trouble contenant quel-
quel cristaux de cholestérine, du mucus et des polynucléaires.

Ferments pancréatiques. A. = 5 S. = traces T. — 0

Opération. — Cholecystectomie.

OBSERVATION XIX

(Einhorn et Meyer).

M. B..., opéré en 1920 avec le diagnostic de cholécystite non calculeuse.

Liquide duodénal jaune d'or, clair, d'aspect normal, conte-
nant quelques cristaux de cholestérine, pas de polynucléaires.

Ferments pancréatiques. A. = 10 S. = traces T. — 1

Opération. — Vésicule à parois un peu épaisses, avec quel-
ques adhérences, contenant de la bile jaune sombre, claire.

Cholecystectomie.

OBSERVATION XX

(Einhorn et Meyer).

M. B..., opéré en 1919, pour cholécystite non calculeuse.

Liquide duodénal verdâtre, trouble, contenant des petits cris-
taux de cholestérine et de bili-rubinate de chaux, du mucus,
des œufs d'ascaris.

Ferments pancréatiques. A. = 6 S. = 1 T. — 5

Opération. — Vésicule chroniquement enflammée, contenant
une bile verte et trouble.

Cholécystectomie.

OBSERVATION XIX

(Einhorn et Meyer).

M. D..., opéré en 1920, pour cholécystite non calculeuse.

Liquide duodénal jaune verdâtre et trouble, contenant de petits cristaux de cholestérine et quelques polynucléaires.

Ferments pancréatiques: A. = 6 S. = 1 T. — 3

Opération. — Cholécystite chronique sans calculs. Cholécystectomie. Bile vésiculaire vert foncé et trouble.

OBSERVATION XXII

(Einhorn et Meyer).

M. F..., opéré en 1920, pour cholécystite non calculeuse.

Liquide duodénal jaune, trouble, contenant des cristaux de cholestérine, du mucus et des cellules épithéliales.

Ferments pancréatiques. A. = L. S. = 1 T. — 2

Opération. — Vésicule chroniquement enflammée, renfermant une bile foncée et trouble.

Cholécystectomie.

OBSERVATION XXIII

(Einhorn et Meyer).

M. B..., opéré en 1919, pour cholécystite non calculeuse.

Liquide duodénal jaune verdâtre, trouble, renfermant des petits cristaux de cholestérine, des cellules épithéliales, du mucus, des polynucléaires dégénérés.

Les observations qui vont suivre concernent des cholecystites lithiasiques chroniques où le liquide duodénal présentait quelques particularités intéressantes, présence de cristaux de cholestérine très nombreux et de taille considérable. Dans plusieurs de ces cas, l'examen du liquide duodénal a pu, à lui seul, faire établir un diagnostic qui était très hésitant.

OBSERVATION (personnelle) XXIV

Coliques hépatiques à répétition. Poussée d'angio-cholécystite calculeuse avec fièvre, grosse vésicule. Liquide duodénal anormal, contenant de petites concrétions de cholestérine.

Femme de 35 ans. Hôpital de la Charité, salle Petit, n° 13. Juin 1921.

Se plaint depuis des années de crises douloureuses dans l'hypocondre droit.

Il y a dix jours, crise intense, s'accompagnant de fièvre oscillant entre 38° et 39°, et d'un ictère peu intense.

10 juin 1921. Tubage duodénal. L'ictère a disparu, les selles se sont recolorées.

Liquide duodénal jaunâtre, trouble, très épais, tenant en suspension une dizaine de grumeaux brun noirâtre.

Au premier abord, on crut être en présence de minuscules caillots de sang, mais la réaction de Meyer pratiquée fut négative.

Examen microscopique. — Cellules épithéliales assez nombreuses. Globules blancs pycnotiques. Cristaux de cholestérine nombreux.

En écrasant sur lame les grains noirâtres et en les dissociant, on voit qu'ils sont formés d'une agglomération de cristaux de cholestérine.

Quatre jours après le tubage, opération d'urgence. Péritonite, perforation vésiculaire, vésicule contenant des calculs.

OBSERVATION (personnelle) XXV

Coliques hépatiques à répétition. Pesanteur continue entre les crises dans l'hypocondre droit. Liquide duodénal anormal. Cholécystectomie.

Hôpital de la Charité.

Mme L..., 48 ans, n° 4. Frère Côme. Juin 1921.

Femme très grasse, souffrant depuis quelques années de coliques hépatiques, d'abord espacées et séparées par des intervalles de bonne santé ; puis plus rapprochées, avec douleurs sourdes, persistantes dans l'intervalle des crises.

Tubage duodénal. Liquide jaunâtre, trouble, contenant de très nombreux cristaux de cholestérine et de bilirubinate de calcium. Pas de concrétions volumineuses. Opérée cinq jours après. Vésicule atrophiée, rétractée sur un calcul volumineux. Cholécystectomie. Guérison.

OBSERVATION (personnelle) XXVI

Douleurs à répétition, très vives, dans l'hypocondre droit, à type de colique hépatique. Liquide duodénal anormal. Pas d'opération.

Mme H..., 30 ans; n° 4. Frère Côme. Juillet 1921.

La malade souffre depuis six mois de douleurs assez vives survenant par crises dans le quadrant supéro-droit de l'abdomen.

Pas de signes d'angiocholite, pas de fièvre, pas d'ictère, urines et selles normales.

Légère douleur à la palpation au point vésiculaire.

Liquide duodénal clair, jaune d'or, tenant en suspension quelques granulations noirâtres.

Réaction de Meyer négative.

Examen microscopique. — Pas d'éléments épithéliaux. Pas de polynucléaires.

Nombreux cristaux. Les grains noirâtres écrasés et dissociés sont composés d'une agglomération de cristaux paraissant être des cristaux de cholestérine.

Diagnostic probable. — Lithiase vésiculaire sans cholecystite.

On ne juge pas l'opération nécessaire.

OBSERVATION XXVII

(Einhorn. Médical Record, 10 décembre 1921).

Signes de spasme du cardia avec amaigrissement rapide.

Diagnostic de cholécystite lithiasique fait par l'examen du liquide duodénal.

Mme C..., 50 ans.

Se plaint depuis un an de douleurs épigastriques et de vomissements suivant immédiatement l'ingestion des aliments. Maigrit de trente livres en un mois. Le cathétérisme de l'œsophage montre un obstacle au niveau du cardia. Diagnostic hésitant entre spasme du cardia ou néoplasme. Pas de signes physiques caractéristiques. Tubage duodénal possible après une injection d'atropine. Le liquide duodénal était brunâtre et trouble, non sanglant. L'examen microscopique montra la présence de nombreux cristaux de cholestérine grands et petits.

Opération. — Adhérences périvésiculaires. La vésicule contient un grand nombre de petits calculs.

OBSERVATION XXVIII

(Einhorn).

Cholécystite chronique lithiasique. Entérite chronique. Crises douloureuses gastriques. Pas de signes physiques attirant l'attention vers le vésicule biliaire. L'examen du liquide duodénal permet seul de faire le diagnostic confirmé par l'opération.

Souffre depuis longtemps de troubles intestinaux.

Depuis deux ans, douleurs violentes au creux épigastrique survenant à 4 5 heures après les repas. Depuis trois mois, les douleurs deviennent plus fréquentes. Pas de vomissements. Flatulences. Pas de sang dans les selles. Un ictère léger durant quelques jours suit habituellement les crises.

Foie légèrement augmenté de volume. Pas de douleur élective au point vésiculaire.

Le diagnostic est en suspens.

Le tubage duodénal ramène un liquide trouble, verdâtre. L'examen microscopique y montre la présence de très nombreux cristaux de cholestérine de petite taille et de grande taille, ceux-ci formant des agglomérations cristallines, véritables calculs biliaires en miniature. On trouve en outre des globules blancs. On fait alors le diagnostic de cholécystite lithiasique.

Opération. — Vésicule petite, rétractée. Ulcérations endocholécystiques piquetées de grains jaunâtres de la grosseur de semences de pavot. En d'autres endroits, la muqueuse était couverte de mucus. Appendicite chronique avec adhérences.

En raclant la muqueuse cholécystique et en examinant les grains cités plus haut, on peut se rendre compte qu'ils sont constitués par des cristaux de cholestérine agglomérés et que leur aspect dissocié est exactement semblable aux cristaux trouvés dans le liquide duodénal.

Cholécystectomie et appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION XXIX

(Einhorn).

Cholécystite chronique calculieuse. Signes d'obstruction intestinale. Diagnostic fait par l'examen du liquide duodénal. Cholécystectomie. Guérison.

M. B..., 39 ans.

Depuis un mois crises douloureuses très intenses dans la partie supérieure de l'abdomen, durant plusieurs heures, accompagnées de vomissements et suivies de ballonnement abdominal et de constipation opiniâtre.

Liquide duodénal trouble, purée de pois, contenant de très nombreux cristaux de cholestérine de petite et de grande taille.

Douleur au point de Mac Burney.

On fait le diagnostic de cholécystite calculeuse et d'appendicite chronique.

Opération. — Le canal cystique est complètement obstrué par un petit calcul. On le dissocie et en écrasant quelques particules sur une lame, on voit qu'elles sont exactement semblables aux cristaux trouvés dans le liquide duodénal.

Conclusions

Les cholécystites chroniques non calculeuses constituent une affection relativement fréquente, atteignant surtout les femmes entre 25 et 50 ans.

Favorisées par la stase biliaire, elles sont dues à une infection vésiculaire microbienne le plus souvent d'origine hépatique ou biliaire descendante, plus rarement d'origine intestinale.

Caractères anatomiques. -- Ce sont des vésicules de taille variable à parois très épaisses, contenant une petite quantité de liquide louche et de consistance épaisse.

L'examen microscopique montre une hyperplasie considérable du tissu conjonctif du chorion et de la sous-séreuse. On ne trouve pas, comme il a été signalé dans la lithiase, d'ulcérations profondes endovésiculaires ni de concrétions de cholestérine dans les parois.

SIGNES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC. — IMPORTANCE DES SIGNES D'ANGIOCHOLITE, DE LA DOULEUR LOCALISÉE AU POINT VÉSICULAIRE ET DES SIGNES D'INFECTION BILIAIRE FOURNIS PAR LE TUBAGE DUODÉNAL.

A part les coliques hépatiques typiques à répétition, les autres troubles fonctionnels et généraux qui dominent l'histoire clinique de la maladie : crises douloureuses épigastriques, douleurs continues dans le

quadrant antéro-supérieur droit de l'abdomen, troubles dyspeptiques divers, mauvais état général ne présentent rien de caractéristique.

Mais ils doivent toujours éveiller l'attention et faire songer à une cholécystite chronique qui sera souvent non calculeuse.

Les signes qui permettront de faire le diagnostic, sont de trois ordres.

I. — *Des signes d'angiocholite et d'hépatite.*

Les crises douloureuses sont souvent accompagnées par des poussées d'angiocholite se traduisant par de la fièvre, du subictère, de l'urobilinurie, de la décoloration des selles.

Ces signes sont le plus souvent légers, peuvent être dissociés et demandent à être recherchés avec soin, pouvant échapper à un examen superficiel.

II. — *Signes physiques.*

Douleur fixe, localisée au point vésiculaire, s'accompagnant de défense musculaire. Rarement, on pourra percevoir nettement une tumeur vésiculaire allongée verticalement.

III. — *Renseignements fournis par l'examen du liquide duodénal*

a) *Signes d'infection biliaire.* — Il nous semblent

de première importance, constituent le signe le plus objectif de l'infection biliaire, c'est une véritable biopsie biliaire.

Le liquide duodénal normal est clair, jaune d'or ou brun doré, ne contient que très peu d'éléments cellulaires épithéliaux et pas de globules blancs.

Le liquide duodénal des cholecystites chroniques est trouble, épais, de coloration anormale, jaunâtre, brunâtre, purée de pois.

Après centrifugation on trouve des cellules épithéliales des voies biliaires desquamées en grand nombre, des globules blancs dégénérés pycnotiques.

b) *Caractères différentiels des chol. calc. et non calc. fournis par l'examen des cristaux de cholestérine du liquide duodénal.* — Normalement on trouve, après centrifugation, dans le liquide duodénal, quelques rares cristaux de cholestérine.

Dans les cholécystites non calculeuses, peu de différences avec le liquide normal.

Dans les cholécystites lithiasiques, les cristaux de cholestérine sont beaucoup plus nombreux et sont de taille très différente. On y trouve des agglomérations cristallines constituant de petits calculs en réduction pouvant être visibles à l'œil nu.

Diagnostic différentiel des cholécystites chroniques calculeuses et non calculeuses

Il est souvent impossible de séparer les deux affections en l'absence des seuls signes pathégnomoniques

de la lithiase biliaire : présence de calculs dans les selles — présence de calculs sur une radiographie — concrétions de cholestérine dans le liquide duodénal.

Traitement. — Le traitement médical doit être réservé aux cas légers caractérisés par des crises douloureuses espacées sans grave atteinte de l'état général.

Le traitement chirurgical est indiqué lorsque le traitement médical n'aura amené aucune amélioration, lorsque les crises se rapprochent, quand l'état général s'altère peu à peu ou rapidement.

Le traitement de choix est la cholecystectomy qui, seule, supprime le foyer infectieux.

Vu : *le Président :*
ROGER.

Vu : *Pour le Doyen :*
G. POUCHET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur :
L'Inspecteur de l'Académie :
ISTRIA.

Bibliographie

- ALEXANDER. — Cholécytite non calculeuse. *Liverpool Med. Jour.* 1888.
- BARKER. — Remarques sur le diagnostic des maladies de la vésicule biliaire. *J. A. M. A.* 75 1105. 1920.
- BASSLER-LUCKETT-LUTZ. — Etude sur la méthode de Lyon-Meltzer de drainage des voies biliaires. *Am. Jour. Med. Sc.* Novembre 1921.
- BOND. — Cholécytite non calculeuse. *J. A. M. A.* 1889.
- CHAUFFARD. — Les cholestites. *Jour. des Prat.* 1913.
- CHAUFFARD. — La lithiase biliaire. Paris 1921.
- CHENEY. — Diagnostic des maladies de la vésicule biliaire. *Am. J. Med. Sc.* 1920. 160. 469.
- CIGNOZZI. — Sur un cas de laparotomie péricholestique libératrice. *Riforma Medica.* 1905.
- COURVOISIER. — Remarques sur la pathologie et le traitement de la vésicule biliaire. Leipzig. 1890.
- DE RENZI. — Sur la colique biliaire. *Acc. Med. Clin. Naples* 1899.
- DUPRÉ. — Les infections biliaires. Thèse de Paris 1891.
- EINHORN ET MEYER. — Diagnostic et traitements de la cholestite récurrente non calculeuse. *Med. Rec.* 7 Août 1920.
- EINHORN. — Maladies de la vésicule biliaire simulant des maladies du tube digestif. *Med. Rec.* 10 Décembre 1921.
- ENRIQUEZ-BINET-DURAND. — Les crises gastro-vésiculaires. *P. M.* 9 Juillet 1921.
- FODERL. — Les cholestites. *Mediz. Klin.* 1910, p. 801.
- FOWLER. — Le diagnostic précoce des maladies de la V. B. *Med. Rec.* 27 Novembre 1920.
- FRAENKEL. — Péricholestite *Centralblatt für Chir.* 1892.
- FRILET. — Coexistence de la cholec. et de l'append. *Th. de Lyon* 1911.
- GANGITANO. — *Riforma Medica* 1911, p. 711.
- GILBERT ET LIPMANN. — *Soc. de Biol. Paris* 1902 (14 et 21 Juin. 19 Juillet. 25 Octobre).
- GUTIG. — Un cas de cholec. non calcul. *Berl. Klin. Woche* 1910, 299.

- HARVIER. — Diagnostic des manifestations gastriques de la lithiase vésiculaire. Paris Medical. Mai 1922.
- HENKEL. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires. Deutsche. Zeith. f. Klin. Clin. 1900.
- KEHR. — XXIX. Congrès de Clusenger. Berlin 1900.
- KORTE. — Remarques sur la chirurgie du foie et des voies biliaires. 1905.
- KRUKENBERG. — Berl. Klin. Woche. 1903, n° 29.
- KUHN. — Munch. Med. Woche, n° 3. 1901.
- KUMMEL. — Mitteil ans den Hamburg. Staatskrank. 1898.
- KUMMEL. — Col. chron. non calculeuse. Deutsche Med. Woche 1890.
- LAPENTA. — Pathogénie et physiol. pathol. des lésions de la V. B. et des canaux biliaires N. Y. M. J. 1^{er} Janv. 1921.
- LAPENTA. — Deux cents cas de maladies de la V. B. J. A. M. A. 12 Mars 1921.
- L. ROCHE ET FLANDIN. — Recherches histologiques de la cholécérine dans la bile et les parois de la V. B. C. R. de la Soc. de Biol. 1912.
- LECÈNE. — Les lésions macroscopiques et microscopiques de la vésicule biliaire lithiasique. Pr. Med. 6 Déc. 1913.
- LEJARS. — Semaine Medicale, p. 301. 1906.
- LEJARS. — Les fausses lithiases biliaires. Sem. Medicale. 26 Novembre 1913.
- LEMIERRE ET ABRAMI. — Soc. de Biol. 1907.
- LIGABUE. — Contribution à l'étude clinique et au traitement des cholecystites chroniques non calculeuses. Clinica Chirurgica. 30 Juin 1909.
- LONGUET. — Les angio-cholecystites non calculeuses. Thèse de Paris 1895-1896.
- LYON. — Diagnostic et traitement de la cholecystite et de l'angiocholite par la méthode de drainage physiologique des voies biliaires. Am. J. Med. Sc. 1920. 160. 515.
- MAC LAREN. — Annals of Surgery 1900.
- MACCARTY. — Pathologie de la V. B. Annals of Surgery 1910, p. 650.
- MELTZER. — Am. J. Med. Sc. 153. 1917.
- PFAN. — Péricholecystite. Clin. n° 754 et 755.
- PORTER. — Chol. non calc. Méd. News. 3 Septembre 1892.
- RICKETTS. . . Chol. non calcul. Saint-Louis Clin. Janv. 1894.

- RIEDEL. — Mitteil ans den Grenzgeb der M. und Clin. 1899.
- RIEDEL ET KEHR. — Coliques biliaires sans calculs. Berl. Klin. Woche 1903, n° 29.
- RIEDEL. — Nouvelles remarques sur la cholecystite et l'angiocholite sine concremento. Mitteil aus den Greusgeb. der M. u. C. 1903. 195.
- RIEDEL. — Sur la cholecystite et l'angiocholite non calculeuse. Mitteil a. d. G. d. M. u. C. 1908. 1.
- ROBERTS. — Chol. non calcul. N. Y. M. J. 1890.
- SHELDON. — Coliques biliaires sans calculs. N. Y. M. J. 1905.
- SMITHIES. — Manifest. clin. des maladies de la V. B. Northwest Medicin. Février 1920.
- SMITHIES. — Adhérences périvésiculaires. J. A. M. A. 30 Novembre 1918.
- SMITHIES-KARSNHER-OLESON. — Etudes sur le drainage médical des voies biliaires. J. A. M. A. Décembre 1921.
- SOLIERI. — Sur la pathogénie de la lithiase biliaire dans certaines formes de cholecystite non calculeuses. Revue de Chirurgie 1911.
- STUART-NAIRNE. — Cholecystite non calculeuse. Liancet 1888.
- TERRILLON. — Cholecystite avec distension sans calcul. Bull. de la Soc. de Chir. 1889.
- WILLET. — Chol. sans calcul. British Med. Jour. 1886.
- WICHOFF. — Chol. sans calculs. W(1«1fi Med. Woche 1885.
- WOOLLEY. — Affections chroniques d'origine vésiculaire. Journ.
-

